Aus der chirurgischen Klinik der Universität Marburg a. L

Ueber Darm-Invaginationen

mit besonderer Berücksichtigung der an der Marburger chirurgischen Klinik seit 1912 beobachteten Fälle.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Franz Boeddicker.

approbierter Arzt aus Brilon.

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg

am 21. 10. 1920.

Referent: Professor Läwen.

MARBURG 1920

Hessischer Verlag Karl Euker G. m. b. H.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556027_0188

An der Marburger Klinik waren 1912 bis 1920 unter 96 Ileusfällen 6 Invaginationen. Die Erkrankung kommt in Deutschland seltner vor als in England oder Dänemark. Von den beobachteten 6 Fällen waren zwei 1/2 Jahr alt, zwei bis zu 20 Jahren, einer 57, einer 66 Jahre alt. Die Jugend ist bevorzugt. Die Kriegsverhältnisse haben auf die Häufigkeit keinen Einfluß gehabt. In Marburg wurde während der Kriegszeit kein Fall beobachtet. Alle Fälle gehörten dem ileocoecalen Typ an. Bei einem (Säugling) handelte es sich um eine fünfzylindrige Invagination. Der gesamte Dickdarm vom S-Romanum ab und ein Teil des Dünndarmes fanden sich im Colon descendens (Bild). Diese Formen sind selten. Einen analogen Fall beschreibt Morton. In der deutschen Literatur konnte Verfasser einen gleichen Fall nicht auffinden. Das Kind starb am Resektionstage. Aufsteigende Formen sind selten. Catz fand in der Literatur 33 Fälle. Alle unsere Fälle kamen im akuten Stadium zur Behandlung mit Ausnahme von Fall 2, bei dem ein submucöses Lipom das Ileum in das Coecum invaginiert hatte. Die akuten Formen überwiegen bei weitem. Was die Aetiologie betrifft, so wird heute allgemein die Ansicht vertreten, daß das Ursächliche bei der Entstehung in der Ringmuskulatur des Darmes zu suchen ist. Bei der ileocoecalen Invagination handelt es sich meist um eine coecale, die das Ileum nach sich zieht. Die Vergrößerung einer Invagination entsteht auf Kosten der Scheide. Beim Zustandekommen einer Invagination muß man unterscheiden zwischen prädisponierenden und veranlassenden Momenten. Zu ersteren gehört langes Mesenterium, Coecum mobile, Lumendifferenz zwischen Dünn- und Dickdarm, ausgeprägter Recessus ileocoecalis, zu letzteren gestielte und ungestielte Tumoren, umgestülpte Appendix, Meckel'sches Divertikel, Kontusion, Blutungen in die Darmwand, Ulcerationen der Darmwand u. a. In zwei beobachteten Fällen waren einmal ein Lipom und einmal Askariden die auslösende Ursache.

Spontanheilung kommt vor, ist aber sehr selten. Als pathologische Veränderungen am Invaginat und an der Scheide stehen Ernährungsstörungen im Vordergrunde. Alle Formen von venöser Stauung bis Gangrän sind beobachtet. Die Darmwand wird für Toxine durchgängig. Daher erklärt sich die auftretende Peritonitis. Unter den klinischen Symptomen steht an erster Stelle der Schmerz, der in seiner Art sehr wechselt. Die Schmerzen werden lokalisiert meist in die Nabelgegend. Es werden aber auch diffuse Leibschmerzen geäußert. Erbrechen tritt häufig auf, ist bisweilen kotig. Einmal fand sich bei der Ausheberung faeculenter Mageninhalt. Die Stühle sind blutig-schleimig. Verstopfung und Durchfälle kommen vor. Ein Tumor ist nicht immer zu fühlen. Rectal war nur zweimal ein Tumor festzustellen. Daneben treten auf Tenesmus, Darmsteifung. Das Dance'sche Symptom (Abflachung der Ileocoecalgegend) wird selten beobachtet. In neuerer Zeit hat man auch das Röntgenverfahren zur Diagnostik herangezogen, in zwei in der Literatur niedergelegten Fällen mit Erfolg. Der Allgemeinzustand ist wechselnd, charakterisiert einmal durch den akuten Darmverschluß oder durch chronische Darmstenose. Die Diagnose ist zuweilen schwer zu stellen, weil nicht immer alle Symptome vorhanden sind. Als Differentialdiagnose kamen bei uns in Betracht je einmal Appendicitis, Dysenterie und Cholecystitis.

Die unblutige Therapie, die in hohen Einläufen, Lufteinblasungen und Massage des Tumors besteht, wird nicht mehr angewandt. Die Operationsmethode hat sich in jedem einzelnen Falle nach dem Zustande des Patienten zu richten. Es kommen in Frage Enterostomie, Vorlagerung des Tumors vor die Bauchhöhle oder Resektion des gesamten beteiligten Darmabschnittes.

Von den 6 Fällen wurden 3 geheilt, zwei von diesen gehörten dem akuten und einer dem chronischen Stadium an.